



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Oświadczenie o zapoznaniu się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026

.....
(imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2026**

Miejscowość....., data.....

.....
(podpis kandydata na Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)